

Protocolo de Revisão Sistemática



Profa. Dra. Regina El Dib

Post-doctoral researcher, McMaster University, Canadá

Scientific advisor and researcher in EBM, UNESP/Botucatu, Brasil

Título

A stethoscope is positioned on the left side of the slide, its tubing looping across the middle. The background is a solid, deep blue color.

- [Intervenção] para [Situação Clínica]
- [Intervenção A] versus [Intervenção B] para [Situação Clínica]
- [Intervenção] para [Situação Clínica] em [grupo de participantes/localização]

Título - Exemplos

Cryoablation versus radiofrequency ablation for the treatment of small renal cell carcinoma (Protocol)

Imatinib mesylate for gastrointestinal stromal tumours (GISTs) (Protocol)

Enzyme replacement therapy for Fabry disease

Air versus saline in the loss of resistance technique for the identification of the epidural space (Protocol)

1 Introdução

- Prevalência
- Etiologia
- Tratamento
- Situar o assunto em relação a outros já publicados, apresentando o estado em que se encontra a pesquisa
- Justificar a escolha do tema

Introdução - Exemplos

Description of the condition

Renal cell carcinoma (RCC) is a form of kidney cancer that involves cancerous changes in the cells of the renal tubule. The American Cancer Society estimated there were 51,190 new cases and 12,890 deaths from RCC in 2007 (Jemal 2007). RCC constitutes 3% of malignancies in adults and 80% to 90% of malignant renal tumours (Jemal 2007). Worldwide, the estimated number of people who died of RCC annually is 100,000 (Hegarty 2006), with a 5-year overall survival rate of 50% regardless of tumour stage (Robson 1969). North America, Europe, and Australia have the highest incidence of RCC (Hegarty 2006).

Risk factors for RCC are as follows:

Description of the intervention

When technically feasible, the standard of care treatment for these masses has been partial nephrectomy (i.e. surgery to remove part of one kidney or a kidney tumour, but not an entire kidney). Local and distant oncological control has been well established with surgical excision (Desai 2007). In the last 10 years a minimally invasive approach with laparoscopy has largely supplanted open

How the intervention might work

Cryoablation

The kidney is mobilized and freed from the perirenal fat. A rigid ultrasonographic device is inserted, and the tumour is measured. Then a biopsy is taken from the tumour to establish an histologic

RFA

RFA delivers a high frequency (460 to 500 kHz (kilohertz)) alternating current into the tumour using an RF electrode, a thin needle (21 to 14 G (gauge)) that is electrically insulated along all but the distal 1 to 3 cm of the shaft. The application of RF current

Why it is important to do this review

The results will be used to provide patients and doctors with evidence that either CA or RFA is superior with regards to the oncologic efficacy of treating small renal masses less than 4.0 cm. Potential advantages of both techniques include reduce morbidity, outpatient therapy, and the ability to treat poor surgical candidates.

BACKGROUND

Gastrointestinal stromal tumours (GISTs) are a subgroup of soft-tissue sarcomas with an estimated prevalence of 15-20 per 1,000,000 (Verweij 2004). GISTs are the most common mesenchymal tumours of the gastrointestinal tract and are related to the intestinal cells of Cajal (ICC) (Corless 2004). They are characterized by constitutive over-expression of the tyrosine kinase receptor KIT (CD 117) (Connolly 2003). Mutations of KIT are common in malignant GISTs and occur in up to 90% of GISTs. They are found most frequently in exon 11, but they also occur in exon 13 and 9 (Connolly 2003).

GISTs arise predominantly in the stomach, small intestine, and in the colon/rectum (Corless 2004; Wu 2003), but also occur in many other sites such as oesophagus, appendix, gallbladder, pancreas, mesentery, omentum and retroperitoneum (Corless 2004).

The disease specific survival rate range is 69% - 97% at 1 year and 35% - 76% at 5 years (Dematteo 2000; Wu 2003). Recurrence occurs in 40% of patients and survival rates in patients after complete resection are 88% at 1 year and 54% at 5 years (Dematteo 2000). Male sex, tumour size greater than 5 cm, incomplete resection or unresectable tumours, and absence of KIT exon 11 mutation are associated with poor prognosis (Dematteo 2000; Heinrich 2003).

Imatinib mesylate (Glivec or STI 571 or Gleevec) is a selective inhibitor of tyrosine kinase-mediated activity and has been described as the first effective systemic treatment for gastrointestinal tumours (Demetri 2002; Verweij 2004). Two randomised controlled trials (Demetri 2002; Verweij 2004) have demonstrated that the imatinib mesylate in patients with advanced or metastatic GIST was associated with improvement of survival, but complete response was observed in around 5% of patients in only one RCT (Verweij 2004).

Recently, a consensus opinion stated that resection with negative tumour margins is the standard surgical treatment for GISTs. Adjuvant as well as neo-adjuvant imatinib remain experimental approaches to be performed within prospective clinical studies after optimal tumour resection (Blay 2005).

There is no systematic review evaluating the effect of imatinib mesylate for advanced GISTs.

2 Objetivo

- Avaliar a **EFETIVIDADE** [Intervenção A] versus [Intervenção B] para [Situação Clínica] **EFICÁCIA**
EFICIÊNCIA
SEGURANÇA

2.1 Pergunta

2.2 Hipóteses (nula e alternativa)

To assess efficacy and safety of cyclobenzaprine in the treatment of myofascial pain.

To test the null hypotheses that there are no differences in outcomes between cyclobenzaprine versus physiotherapy or other active treatments for treating myofascial pain.

We will also seek to identify any adverse effects related to the treatment.

To evaluate the effectiveness and safety of ERT compared to other interventions, placebo or no interventions, for treating AFD.

To assess the effectiveness of programmes to promote the wearing of hearing protection in workers who are exposed to noise in the workplace.

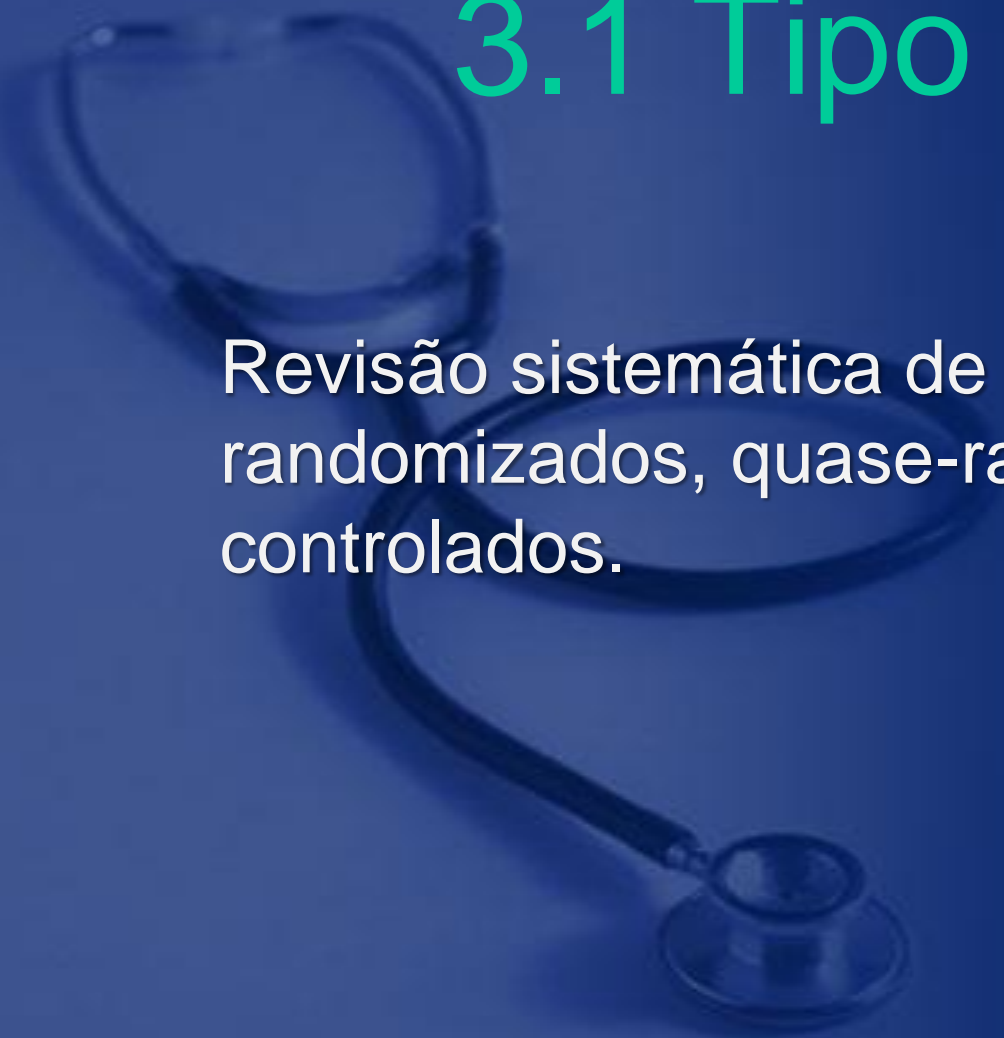
Objective: To summarize the evidence for the effectiveness and safety of different types of hearing protective devices among workers exposed to noise in the workplace.

3 Método

- Tipo de estudo
- Local
- Amostra
 - Tamanho da amostra
- Critérios de inclusão
 - Tipo de estudos incluídos
 - Tipo de participantes
 - Tipo de intervenções
 - Desfechos clínicos a serem estudados (desfechos primários e secundários)
- Estratégia de busca
- Método a ser utilizado para a localização dos estudos
- Seleção dos estudos
- Avaliação da qualidade
- Extração de dados

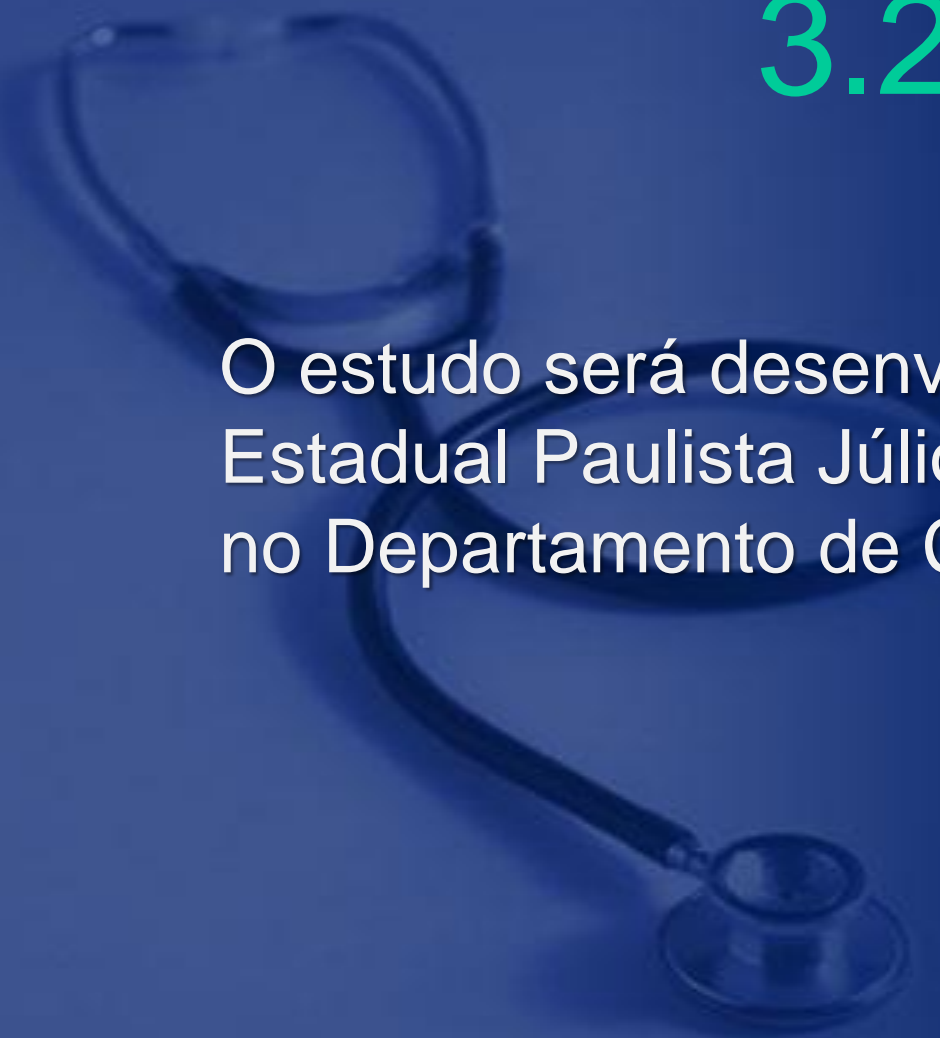
3.1 Tipo de estudo

Revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, quase-randomizados e estudos controlados.



3.2 Local

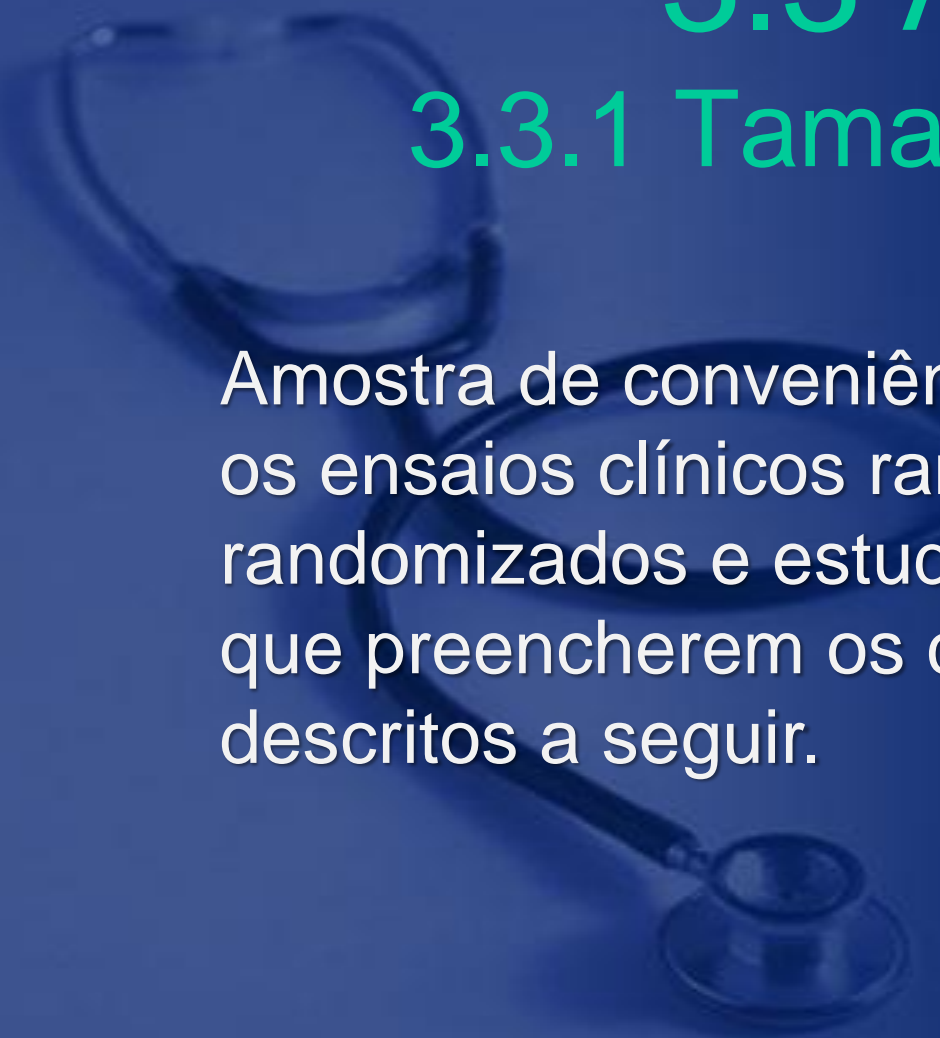
O estudo será desenvolvido na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, no Departamento de Cirurgia.



3.3 Amostra

3.3.1 Tamanho da amostra

Amostra de conveniência. Serão incluídos todos os ensaios clínicos randomizados, quase-randomizados e estudos controlados encontrados que preencherem os critérios de inclusão descritos a seguir.



3.4 Critérios de Inclusão

Types of studies

We will include randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials.

Types of participants

We will include adults (> 18 years old) classified as American Society of Anesthesiologists (ASA) grades 1 to 3 undergoing surgical procedures, pregnant women in obstetric labour, and patients receiving postoperative analgesia.

We will exclude patients with severe haemorrhage or shock; coagulation abnormalities, or patients using anticoagulants; previous laminectomy; local puncture infection; pre-eclampsia; or allergies to the medications used.

Types of interventions

- Intervention of interest: saline (fluid)
- Control intervention: air

Types of studies

Randomised controlled trials (RCTs) and quasi-RCTs (RCTs in which allocation to treatment was obtained by alternation, use of alternate medical records, date of birth, or other predictable methods) will be included in this systematic review.

Types of interventions

- Intervention group: CA
- Control group: RFA

We will consider all types of cross-sectional imaging techniques.

Types of participants

We will consider adults with renal cell carcinoma defined as people who:

- have tumours that progress in size while on a watchful-waiting protocol;
- have multiple tumours;
- have a tumour (or tumours) in a solitary kidney;
- have poor renal function and a renal tumour;
- have significant co-morbidities that may benefit from a less invasive approach.

Studies of mixed tumour types will be eligible only if patients with renal cell carcinoma are stratified and reported separately from other groups.

We will consider the following exclusion criteria:

- large tumours > 4.0 cm;

Primary outcomes

1. Treatment failure rate (Failure will be defined as enhancement of ablated tissue greater than 10 Hounsfield units (HU) with contrast.)
2. Overall survival from date of randomization
3. Cancer-free survival rate after a single cryoablation procedure
4. Recurrence of RCC from date of randomization

Primary outcomes

1. Quality of life

2. Safety measures

- falls, exacerbation of chronic or pre-existing illness, injury or death during exercise sessions

Primary outcomes

We will measure the following primary outcomes:

1. Pulmonary complications defined as:
 - i) atelectasis (radiographic, tomographic or bronchoscopic, diagnosis and, or, clinical signs with acute respiratory symptoms, such as dyspnea, cough, wheeze);
 - ii) acute respiratory inadequacy (radiographical diagnosis and, or, signs or acute respiratory symptoms such as tracheobronchial purulent secretion, fever (greater than 38°) or increased white blood cell count (greater than 10.000/mm³): tracheobronchial infection, pneumonia.

Primary outcomes

- The proportion of participants who wear hearing protective devices relative to the proportion in the control group.

Secondary outcomes

1. Average per cent decrease in tumour size
2. Renal function GFR of < 60 mL per minute per 1.73 m² (metres squared)
3. Intra- and post-operative complications rates will be documented in terms of hematuria, haemorrhage (requiring transfusion or not), perinephric hematoma, ureteral strictures, loss of a renal unit, urinary leak, bleeding, fever and flu-like symptoms, uretero pelvic junction obstruction, and upper pole hydrocalycosis.
4. Adverse events
5. Quality of life data (QoL)
6. Hospital length of stay (days)
7. Cost-analysis (narrative description)

1. Professional/scholastic measures

- Daily tasks
- Self-esteem
- Family satisfaction
- Sleep quality
- Teacher-assessed marks
- Communication skills

Secondary outcomes

- Intention to use the devices, perceived benefits and barriers to the use of hearing protection (self-reported use of hearing protection).
- Self-reported use of hearing protection devices and its variants (analysed in the current version of this review).
- Awareness of risk.

3.5 Estratégia de Busca

Não haverá restrição de idiomas. Os estudos serão obtidos através das seguintes bases de dados eletrônicas: PubMed (1966 até presente), Registro de Ensaio Controlado da Colaboração Cochrane, CENTRAL (2011, edição 23, Embase (1980 até presente) e Lilacs (1982 até presente). Será utilizada uma estratégia de busca geral, adaptável às características de cada base de dados, para identificar estudos envolvendo [inserir situação clínica e intervenção].

Segue abaixo estratégia de busca para situação clínica e intervenção:

```
((Fabry Disease) OR (Disease, Fabry ) OR (Angiokeratoma Cor-  
poris Diffusum) OR (Anderson-Fabry Disease) OR (Anderson  
Fabry Disease) OR (Disease, Anderson-Fabry) OR (Fabry's Dis-  
ease) OR (Disease, Fabry's) OR (Fabrys Disease)) AND ((agal-  
sidase beta) OR (Fabrazyme) OR (Genzyme brand of agalsidase  
beta))
```

3.5 Estratégia de Busca

As estratégias para identificação do tipo de estudo para as seguintes bases de dados serão:

- **Medline via PubMed**

(randomized controlled trial [Publication Type] OR controlled clinical trial [Publication Type] OR randomized controlled trials [MeSH Terms] OR random allocation [MeSH Terms] OR double blind method [MeSH Terms] OR single blind method [MeSH Terms] OR clinical trial [Publication Type] OR clinical trials [MeSH Terms] OR (clinical* [Text Word] AND trial* [Text Word]) OR single* [Text Word] OR double* [Text Word] OR treble* [Text Word] OR triple* [Text Word] OR placebos [MeSH Terms] OR placebo* [Text Word] OR random* [Text Word] OR research design [MeSH Terms] OR comparative study [MeSH Terms] OR evaluation studies [MeSH Terms] OR follow-up studies [MeSH Terms] OR prospective studies [MeSH Terms] OR control* [Text Word] OR prospectiv* [Text Word] OR volunteer* [Text Word])

3.5 Estratégia de Busca

- **EMBASE via Ovid**

((Randomized controlled trial) or (Controlled study) or Randomization (double blind procedure) or (single blind procedure) or (Clinical trial) or (clinical trials) or double or single or triple or (blind or mask) or Placebo or Random or (Methodology latin square) or crossover or (cross over) or (Crossover Procedure) or (Drug comparison) or (Comparative study) (comparative trial) or (comparative trials) or (control or controls or prospective or volunteer or volunteers) or (Evaluation and Follow Up) or (Prospective study))

3.5 Estratégia de Busca

- **LILACS via BVS**

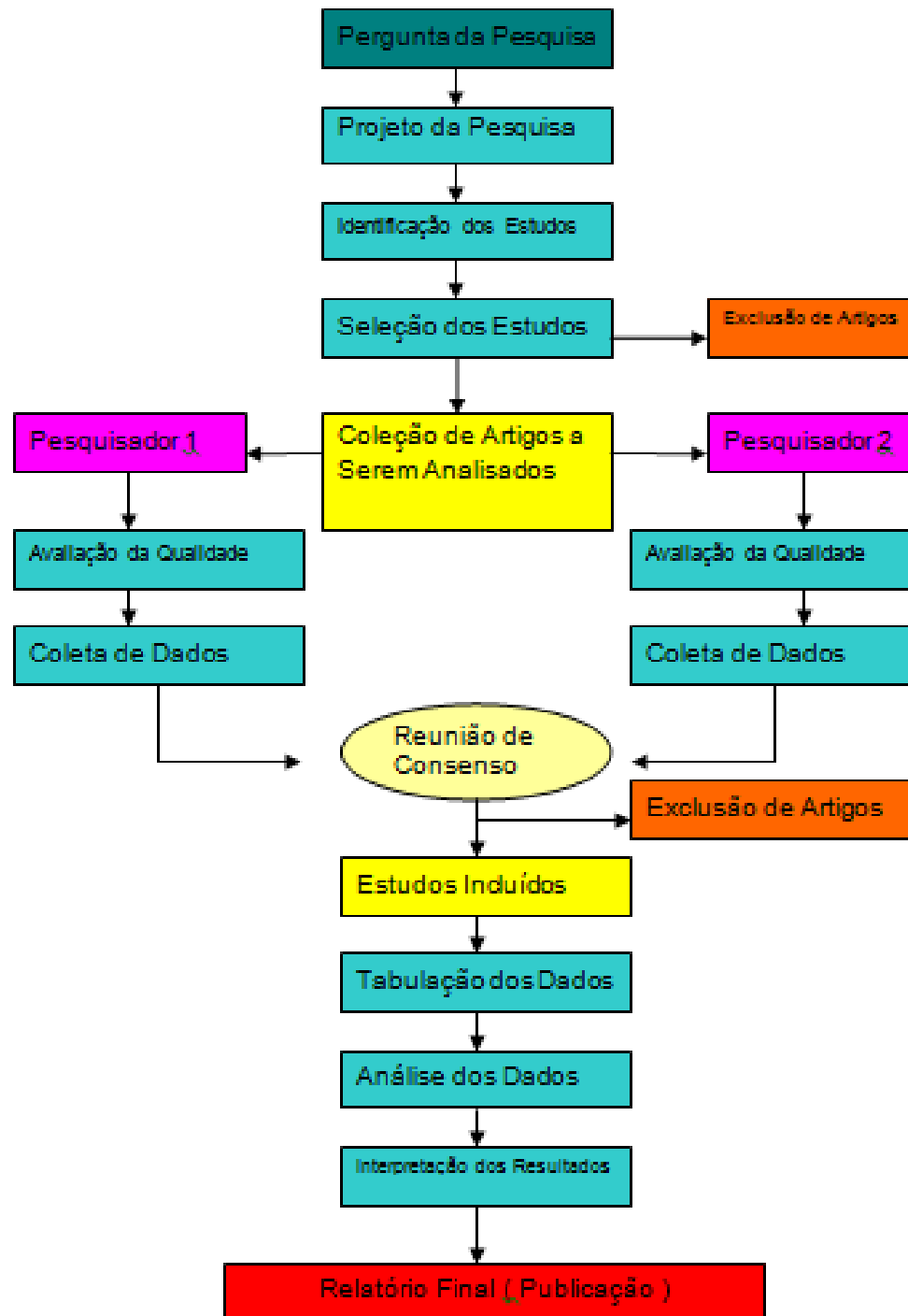
((Pt randomized controlled trial) OR (Pt controlled clinical trial) OR (Mh randomized controlled trials) OR (Mh random allocation) OR (Mh double blind method) OR (Mh single blind method) AND NOT (Ct animal) AND NOT (Ct human and Ct animal) OR (Pt clinical trial) OR (Ex E05.318.760.535\$) OR (Tw clin\$) AND (Tw trial\$) OR (Tw ensa\$) OR (Tw estud\$) OR (Tw experim\$) OR (Tw investiga\$) OR (Tw singl\$) OR (Tw simple\$) OR (Tw doubl\$) OR (Tw doble\$) OR (Tw duplo\$) OR (Tw trebl\$) OR (Tw trip\$) AND (Tw blind\$) OR (Tw cego\$) OR (Tw ciego\$) OR (Tw mask\$) OR (Tw mascar\$) OR (Mh placebos) OR (Tw placebo\$) OR (Tw random\$) OR (Tw randon\$) OR (Tw casual\$) OR (Tw acaso\$) OR (Tw azar) OR (Tw aleator\$) OR (Mh research design) AND NOT (Ct animal) AND NOT (Ct human and Ct animal) OR (Ct comparative study) OR (Ex E05.337\$) OR (Mh follow-up studies) OR (Mh prospective studies) OR (Tw control\$) OR (Tw prospectiv\$) OR (Tw volunt\$) OR (Tw volunteer\$) AND NOT ((Ct animal) AND NOT (Ct human and Ct animal)))

3.5 Estratégia de Busca

- Busca manual de referências de ensaios clínicos em revistas relevantes [inserir nome de revistas].
- Contato com autores: os autores serão contatados, via e-mail, para informações sobre possíveis estudos que não foram publicados ou em andamento.
- Contato com especialistas da área.
- Indústria farmacêutica.

3.6 Método a ser utilizado para localização dos estudos

Dois revisores (RED e EJ) avaliarão independentemente os títulos e resumos de todos os relatos de ensaios clínicos identificados na busca eletrônica. Quando possível, os estudos que preencherem os critérios de inclusão serão obtidos (Figura 01).



3.7 Seleção dos Estudos

Dois revisores (EJ e FMGL) avaliarão de maneira independente os títulos e resumos de todos os estudos identificados, por meio de acesso a títulos, resumos e palavras chaves das referências bibliográficas identificadas. Em caso de discórdia relativa à avaliação, os autores consultarão um terceiro revisor. Os estudos serão classificados em:

1. Elegíveis - caso em que será solicitada uma cópia do artigo na íntegra, para avaliar a possibilidade de inclusão;
2. Inelegíveis - estudos fora do assunto de interesse e estudos que não se enquadram no desenho de estudo.

3.8 Avaliação da qualidade: avaliação do risco de viés nos estudos incluídos

A qualidade metodológica dos estudos incluídos nesta revisão será avaliada usando o critério descrito no Cochrane Handbook (Higgins 2009), cujos itens apresentam forte evidência empírica de viés nos estudos primários. Desta forma, avaliaremos os seis seguintes critérios:

- Geração da sequência de alocação;
- Sigilo/Ocultação da alocação;
- Mascaramento/cegamento;
- Controle de dados incompletos (dados dos participantes dos estudos incluídos);
- Relato seletivo de desfechos;
- Outros vieses.

Tabela de análise do risco de ocorrência de viés nos ensaios clínicos.

Item	Risco de viés no estudo Julgamento*	Descrição
A geração da alocação foi realizada?		
A ocultação da alocação foi realizada?		
Controle de dados incompletos verificado?		
Livre de relato seletivo de desfechos?		
Os desfechos relevantes foram avaliados?		
Os desfechos foram avaliados com o investigador "cego" para os grupos de alocação?		

* Baixo, moderado ou alto risco de viés

3.9 Extração de dados

Dois revisores (EJ e FMGL) extrairão os dados dos artigos que responderem aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Um formulário padronizado será utilizado para extrair as seguintes informações: características do estudo (desenho do estudo, método de geração e ocultação da alocação, mascaramento, etc); participantes (N, sexo, idade, etc); intervenções (dose, via de administração, duração, etc); desfechos clínicos (dicotômico e/ou contínuo). O formulário será baseado no *Cochrane Handbook* (Anexo 02).

Formulário de extração de dados

ID – autor, ano de publicação:

Ação a ser tomada

O que será perguntado ao autor:

METODO

1. Desenho:
2. Multicêntrico ou único-centro:
3. Período do estudo:
4. Justificativa para o tamanho da amostra:
5. Geração da alocação:
6. Ocultação da alocação:
7. Mascaramento dos desfechos a serem avaliados e por parte dos participantes:
8. Controle de dados incompletos verificado:
9. Livre de relato seletivo de desfechos:
10. Outras fontes de vieses:
11. Análise por intenção-de-tratar:
12. Duração do seguimento:

PARTICIPANTES

1. N:
2. Sexo:
3. Idade (média):
4. Cenário do estudo:
5. Critérios de inclusão:
6. Critérios de exclusão:

INTERVENÇÃO

1. Grupo experimental:
 - 1.1 Dose:
 - 1.2 Administração:
 - 1.3 Número de vezes por dia:

2.4. Duração:

DESFECHOS AVALIADOS

1. Desfecho primário:
2. Desfecho secundário:
3. Contínuo ou dicotômico:

NOTAS

1. Declaração de conflito de interesse:
2. Comentários:

4 Análise Estatística



- Medidas de efeito de tratamento– como os dados foram sintetizados (i.e., dicotômicos e contínuos)
- Síntese dos dados
- Viés de Publicação
- Heterogeneidade
- Análise de subgrupo
- Análise de sensibilidade
- Metanálises

4.1 Medidas de efeito de tratamento

Para desfechos dicotômicos [inserir exemplos], os resultados serão expressos em risco relativo (proporção de eventos no grupo submetido ao tratamento em relação à proporção de eventos no grupo controle), com 95% de intervalo de confiança (IC).

Para resultados estatisticamente significantes, será calculado o número necessário para tratar (NNT), este definido como o número de pacientes que precisam ser tratados para prevenir um desfecho desfavorável. Seu cálculo é efetuado a partir da diferença de risco (DR) definida como a diferença absoluta na taxa de eventos entre dois grupos de comparação. Uma diferença de risco de zero indica que não existe diferença entre os grupos. Uma diferença de risco menor que zero indica que a intervenção foi efetiva em reduzir o risco daquele desfecho.

O número necessário para tratar (NNT) será calculado como o inverso da diferença de risco, isto é:

$$\text{NNT} = \frac{1}{\text{DR}}$$

Para dados contínuos, os mesmos serão expressos como médias e desvios-padrão, será calculada a diferença de média ponderada com intervalo de confiança de 95%.

4.2 Síntese dos dados

Utilizaremos o modelo de efeito randômico para metanálises com dois ou mais estudos incluídos. O modelo de efeito fixo apenas será utilizado para representações de metanálises com único estudo.

4.3 Viés de Publicação

O viés de publicação será avaliado através do gráfico de funil (*funnel plot*), apenas se houver um número suficiente de estudos incluídos na revisão. Esta ferramenta será utilizada em uma análise exploratória de dados para avaliar o potencial para a existência de pequenos vieses de publicação dos estudos.

4.4 Heterogeneidade

As causas potenciais da heterogeneidade entre os estudos serão exploradas e analisadas quando possível. A análise de sensibilidade investigará a influência da qualidade dos ensaios, incluindo randomização nos resultados gerais. A análise de subgrupo investigará diversidades clínicas entre estudos.

As inconsistências entre estudos somados em uma metanálise serão quantificadas, quando possível, utilizando-se o teste de heterogeneidade $I^2 = [(Q - df)/Q] \times 100\%$, sendo Q o qui-quadrado e, df (*degree of freedom*) o grau de liberdade. Assumirá presença de heterogeneidade quando $I^2 > 50\%$ (Higgins 2009, Higgins 2008).

De acordo com o Handbook da Colaboração Cochrane (capítulo 9, seção 9.5.2), interpretaremos o grau de heterogeneidade como segue abaixo:

0% - 40%	pode não ser importante
30% - 60%	pode representar heterogeneidade moderada *
50% - 90%	pode representar heterogeneidade substancial *
75% - 100%:	considerável heterogeneidade

4.5 Análise de Subgrupo

Considerando-se os seguintes aspectos será planejada uma análise de subgrupos por **[exemplos abaixo]**:

- Diferentes tipos de tratamento para a dor da articulação temporomandibular (como por exemplo, anti-inflamatórios esteroides e não esteroides);
- Diferentes tipos de deslocamento do disco articular (i.e., agudo e crônico);
- Diferentes doses.

4.6 Análise de Sensibilidade

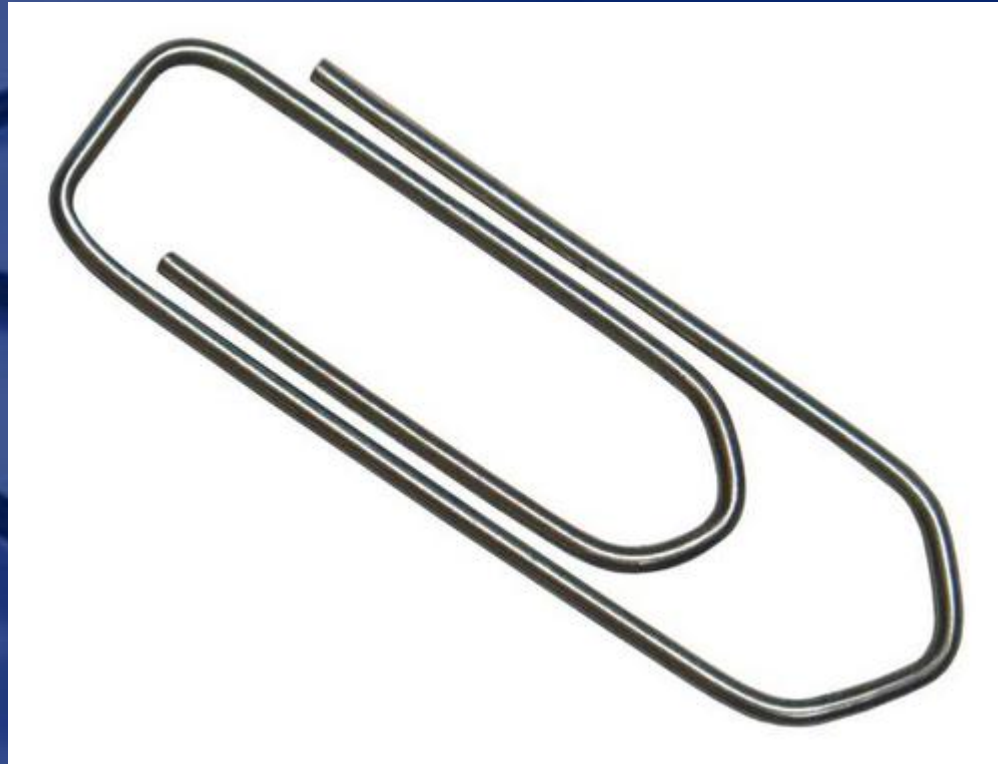
Se houver um número adequado de estudos, a análise de sensibilidade será planejada para explorar as causas de heterogeneidade dos resultados entre os estudos. Os seguintes fatores serão incluídos na análise de sensibilidade, separando os estudos de acordo com:

- Qualidade de geração e ocultação de alocação (baixo, alto ou moderado risco de viés);
- Mascaramento (baixo, alto ou moderado risco de viés);
- Taxa de desistência e perda para cada desfecho (i.e., $>20\%$ e $< 20\%$);
- Análise por intenção de tratar versus dados de análise disponíveis (*per protocol*).

4.7 Metanálises

Quando os dados de mais de um estudo forem homogêneos e adequados em relação à metodologia empregada e, seus respectivos desfechos clínicos semelhantes, os dados serão combinados em uma metanálise, utilizando-se o software *Review Manager 5.1*, desenvolvido pela Colaboração Cochrane.

5 Anexos



6 Referências

Bucholz 2001

Bucholz RD, Smith KR, Laycock KA, McDurmont LL. Three-dimensional localization: from image-guided surgery to information-guided therapy. *Methods* 2001;25(2):186–200.

Byrd 2006

Byrd GF, Lawatsch EJ, Mesrobian HG, Begun F, Langenstroer P. Laparoscopic cryoablation of renal angiomyolipoma. *The Journal of Urology* 2006;176(4 Pt 1):1512–6.

Chawla 2006

Chawla S, Crispen P, Hanlon A, Greenberg R, Chen D, Uzzo R. The Natural History of Observed Enhancing Renal Masses: Meta-Analysis and Review of the World Literature. *The Journal of Urology* 2006;175(2):425–31.

Chow 1999

Chow WH, Devesa SS, Warren JL, Fraumeni JF Jr. Rising incidence of renal cell cancer in the United States. *The Journal of the American Medical Association* 1999;281(17):1628–31.

Desai 2007

Desai P, Andrews P, Ferrigni R, Castle E. Laparoscopic Partial Nephrectomy at the Mayo Clinic Arizona: Follow-up Surveillance of Positive Margin Disease. *Urology* 2007;71(2):283–6.

Devoe 2008

Devoe WB, Kercher KW, Hope WW, Lincourt AE, Norton HJ, Teigland CM. Hand-assisted laparoscopic partial nephrectomy after 60 cases: comparison with open partial nephrectomy. *Surgical Endoscopy* 2008;[Epub ahead of print].

al.Computerized tomography guided percutaneous renal cryoablation with the patient under conscious sedation: initial clinical experience. *The Journal of Urology* 2006;175(2):447–52.

Hegarty 2006

Hegarty NJ, Gill IS, Kaouk JH, Spaliviero M, Desai MM, Novick AC, et al.Renal cryoablation: 5 year outcomes. *The Journal of Urology* 2006;175:351.

Higgins 2003

Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ, Altman DG. Measuring inconsistency in meta-analysis. *British Medical Journal* 2003;327:555–7.

Higgins 2005

Higgins JPT, Green S, editors. *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, Section 4, [updated May 2005].

Higgins 2008

Higgins JPT, Altman DG. Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.0 (updated February 2008)*. The Cochrane Collaboration. 2008.

Jemal 2007

Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics. *A Cancer Journal for Clinicians* 2007;57:43–66.

Lotfi 1994

Lotfi MA, McCue P, Gomella LG. Laparoscopic interstitial contact laser ablation of renal lesions: an experimental model. *Journal of Endourology* 1994;8:153–6.

6 Referências

Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2* [updated September 2009]. The Cochrane Collaboration, 2009. Available from www.cochrane-handbook.org.

Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 5.0.0* [updated February 2008]. The Cochrane Collaboration, 2008. Available from www.cochrane-handbook.org.

Lembretes

- **Capa:**
 - Nome completo do autor sem abreviaturas
 - Título: subtítulo da pesquisa
 - Protocolo apresentado à Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP, para obtenção dos créditos na Disciplina de Revisões Sistemáticas do programa de pós-graduação em Bases Gerais da Cirurgia;
 - Cidade de realização do trabalho
 - Ano de realização do trabalho;
- **Sumário:** enumeração das principais divisões;
- **Lista de figuras**, quando houver
- **Lista de tabelas**, quando houver
- **Lista de abreviaturas e símbolos**
- **Numerar páginas**, exceto a capa;
- **Letras minúsculas** (i.e., Tipo **de** estudo, Tipo **de** intervenções, Extração **dos dados**, etc);